2009.10.4(日)

徳島新聞

徳島新聞紙上対談

企画・制作／徳島新聞社 企画事業局

徳島ピンクリボン2009集会開催記念

「がんに負けられん」

食道がん診療とチーム医療の重要性

出席者
北川雄光 氏（慶應義塾大学医学部外科学教授）
高山哲治 氏（徳島大学 消化器内科教授 徳島大学病院 がん診療連携センター がん研究・調整部門長）
丹黒 章 氏（徳島大学 腫瘍・内分泌・感染外科教授 徳島大学病院 がん診療連携センター 化学療法部門長）

日本は世界一のがん大国

（司会） 本日は日本を代表する消化器がん治療のスペシャリストで国際的なオピニオンリーダーである、慶應大学医学部外科学、北川雄光教授をお招きし、徳島大学消化器内科の高山哲治教授、外科の丹黒章教授とともに食道がんの治療とチーム医療についてそれぞれの立場からご意見を伺いました。

（司会） 今、日本でがんにかかる人はどのくらいいるのでしょうか。

（丹黒） 1981年以降、がんはわが国の死亡原因第1位であり、2008年のがん死亡数は33万6千人で死亡原因の3割ががんです。現在、毎年60万人以上ががんに罹患し、30万人以上ががんで亡くなっています。生涯にがんに罹患する率は男性51%、女性では39%です。現在、がんの闘病者は300万人といわれ、家族を含めると1000万人以上の国民ががんと闘っています。

（司会） 食道がんはどのような病気ですか？

（北川） 食道は口から入れた食べ物を胃に運ぶ通路です。長さは約25センチで、胸の中の背中側にあり気管や肺、心臓などの大事な臓器に囲まれた筋肉で包まれた管です。食道がんは高齢の男性に多く発生するがんですが、日本では欧米よりも発生頻度が高く、死亡率も高く、男性のがん死亡の第6番目です。

（司会） どのような人がかかりますか？

（高山） 食道がんの危険因子はお酒とたばこです。中高年の男性に多く、たばこを吸いながらお酒を飲む人は両方とも嗜まない人よりもかかりやすいと言われています。同じくたばこお酒が危険因子である咽頭、喉頭がんなどの頭頸部がん、胃がんとも重複しやすいのです。

（司会） 食道がんを早期に発見するためにはどのような検査をすればいいのでしょう

（高山） 食道がんを一番見つけやすいのは内視鏡検査です。最近の内視鏡は精度がよくなく早期のがんも発見できます。ルゴール粘膜法という正常な食道の粘膜にヨードをかけると茶色く染まります。染まらない部分は早期がんができている可能性があります。胃の検診のとき、食道をしっかり見てもらうようお願いしましょう。

（司会） どんな症状がありますか？

（丹黒） 固形物が飲み込みにくい、つかえる場合、内視鏡検査が必要です。しみる感じやチクチクした痛みなどの症状もありますが早期のものでは症状はありません。

食道がんの治療とチーム医療の重要性

（司会） 食道がんの治療法にはどのようなものがありますか？

（北川） 食道がんの治療は従来、手術が第一選択でした。食道がんはほかのがんよりもリンパ節に転移しやすく、それも首からお腹まで広い範囲に転移を起こすために手術が胸、お腹と首までのリンパ節まで切りとる大がかりなものになり、食道が胸の奥、背中側にあることから大きく胸を切り開き、肺をいったん膨ませて手術をしなければいけませんから手術後には肺炎などの呼吸器の合併症が多く、手術の合併症でこなる方も少なくありません。

（司会） 治療は手術だけなのでしょうか？

（高山） 放射線治療や抗がん剤も効果がありますが、これらを上手に使い分け、組み合わせて治療します。リンパ節転移のない早期の浅いがんでは内視鏡的治療が可能です。内視鏡で粘膜切除術やもっと広い範囲を切除する内視鏡的粘膜下層剥離術で切除できますが、切り取った組織を顕微鏡でよく調べて、切り口までがんがある場合やリンパの管にがんが入り込んでいるなど、周囲にがんが残る可能性がある場合には、リンパ節を切除する手術や放射線療法や抗がん剤治療を加えます。

（司会） 手術以外の治療は効果があるのでしょうか？

（北川） 食道がんは放射線や抗がん剤もよく効きますが、それぞれ単独では効果が低く併用して治療します。わが国では1980年代、日本臨床研究グループ（JCOG）の食道がんグループの多施設研究により、食道がん治療に関する多くの臨床試験が行われてきました。手術が可能なⅡ期、Ⅲ期（がんの進行が食道の壁の中に留まるが、周囲にリンパ節転移がある）の食道がんを対象とした臨床試験（JCOG9906）ではPF療法（シスプラチン＋5エフユーの2種類の抗がん剤）に放射線照射を併用すると6割にがんが消えてしまいました。そのうち半数が再発し、食道が残せたのは3分の1しかなく、がんの遺残や再発に対してそれを取り除くためのサルベージ手術により3年生存率45%、5年生存率37%という成績を得ています。この生存率は全国の大きな施設の外科治療成績よりも悪く、さらに、放射線治療後しばらくたってからも肺や心臓に合併症が発生し、死に至ることもあります。

（丹黒） サルベージ手術では抗がん剤と放射線の強い反応により手術が難しくなり完全に取り除くことが難しくなるだけでなく、術後合併症は2～3倍に増加し、通常の食道切除再建術後の手術死亡率が3～5%であるのに対してサルベージ手術の死亡率は6～15%になります。

（司会） 手術はどこでもできるのでしょうか？

（北川） 他の消化器がんと比べて食道がんの手術は最も難しく、手術にかかわる死亡も3～8%と高く（すい臓がんで2～5%、一般病院では4・8%、年間20例以上の手術が行われている施設や多くの経験がある大学病院では1～6%という報告があります。

（司会） 現在、一番成績のよい食道がんの治療はなんでしょう

（高山） 最近、Ⅱ、Ⅲ期の食道がんに対する術前抗がん剤治療と従来から行われている術後治療を比較したJCOG9907試験の結果が発表され、術後治療は術前治療に比べ副作用による治療中止が多いこと（治療完遂率：術前89・6%　対　術後71・7%）がわかりました。5年生存率は60・1%　対　38・4%で術前治療の方が成績が良く、これからの標準治療になる可能性があります。Ⅱ、Ⅲ期の食道がんでは術前治療でがんを小さくして手術できる症例があります。

（北川） 慶應義塾大学病院ではこのような医学的根拠に基づいて、抗がん剤や放射線治療を併用し、手術では内視鏡手術やセンチネルリンパ節生検などの患者さんの体に負担の少ない低侵襲治療を行っています。

（司会） 徳島ではそのような治療ができますか？

（丹黒） 徳島大学病院でも早期のがんではセンチネルリンパ節をCTスキャンで見つけ、リンパ節転移はないけれど内視鏡では治療が難しい広範囲に広がるがんに対して胸を開かない縦隔鏡手術を行っています。縦隔鏡手術でセンチネルリンパ節生検ができます。進行したがんに対しては3種類の抗がん剤を使った術前治療でがんを小さくして低侵襲手術を行っています。

（北川） このように食道がんの治療はいろいろな治療を組み合わせて最良の方法が選択されなければよい成績は得られません。そのためには十分な経験としっかりとしたチームが必要になります。食道がんは一定の水準を満たす設備（特に放射線治療設備）と熟練した医療チーム（外科医、腫瘍内科医、放射線科治療医、内視鏡医、麻酔医、画像診断医、病理診断医、麻酔医、集中治療チーム、緩和医療チーム、腫瘍専門看護師、腫瘍専門薬剤師、放射線物理師など）が必要で、皆が協力し合ってはじめて難しい治療をやりとげることができます。

（高山） レベルの高いがん診療を行うためにはさまざまな領域の医療従事者がその患者さんにあった治療を行うために連携しなければいけません。また、高度な治療が終了して病状が安定すれば、近所のかかりつけ医と連携して患者さんの再発予防や健康管理を行っています。専門病院に症状が安定した患者さんが集中すると専門医が疲弊して高度な医療ができなくなります。このことを患者さんもご理解いただき、ご自身のかかりつけ医と専門医の連携の輪に入ってください。

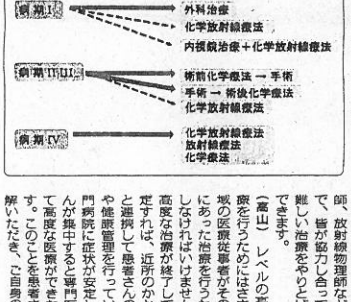
◇◇◇

われわれは2005年から乳がん早期発見のための啓発運動を展開し、現在NPO法人徳島乳がんネットワークを設立し、乳がん検診を行う医師や看護師、放射線技師の育成と検診技能向上のための講習や勉強会を継続して行い、乳がんに対するための検診の大切さをアピールしました。この活動にこれからもご支援、ご協力をお願い申し上げます。

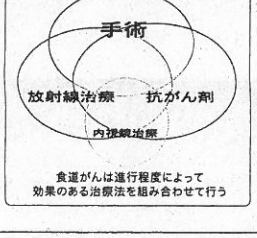
本年も平成21年8月14日、がんの成り立ちと予防や免疫治療などがんに関する最新情報について勉強する徳島ピンクリボン集会を開催し、現在のがん対策の問題点、がん死亡を減らすためのがん検診の大切さをアピールしました。この活動にこれからもご支援、ご協力をお願い申し上げます。

徳島ピンクリボン集会
実行委員長　丹黒　章

食道がんの治療方針



食道がんの治療方針



食道がんは進行程度によって
効果のある治療法を組み合せて行う

どんながんか

食道がんは男性の高齢者（60歳台）に多く見られる病気で、徳島県でも毎年100人近くの方がかかる病気です。日本ではがんの死亡率のなかで男性の場合6番目です。進行すると完治が難しいため、なるべく無症状のうちに発見する必要があります。

どんな人がかかりやすい

①50歳以上の男性、②喫煙者や大量飲酒者、③頭頸部（咽頭、喉頭）がん、胃がんになった方、④逆流性食道炎（バレット食道）

症状は

食道がんの初期は多くの場合無症状ですが、食道がしみるような感じや胸がチクチクする感じを自覚することがあります。
進行すると食事がつかえる、体重が減る、背中の痛み、咳が出る、声がかすれるなどの症状を認めるようになります。

丹黒 章 教授

【略歴】
昭和56年　徳島大学医学部卒、山口大学医学部医員
昭和61年　山口大学医学部助手
平成1年　米国アーカンソー大学留学
平成3年　山口大学医学部助手
平成8年　山口大学医学部講師
平成10年　山口大学医学部助教授
平成16年　宮島大学大学院教授・内分泌・腫瘍外科教授

【資格】
日本外科学会専門医・指導医、日本消化器外科学会専門医・指導医、消化器がん外科治療認定医、日本臨床腫瘍学会臨床試験登録医、がん治療認定医機構認定教育医、日本臨床腫瘍学会認定指導医、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本乳癌学会認定医、乳癌専門医、マンモグラフィー読影医、日本食道学会食道科認定医

高山哲治 教授

【略歴】
昭和61年　札幌医科大学医学部卒
昭和61年　札幌医科大学内科学第四講座
平成4年　ニューヨーク州アルバート・アインシュタイン医科大学留学
平成7年　札幌医科大学内科学第四講座助手
平成13年　同講師
平成17年　同准教授
平成19年　宮島大学臨床病態治療学（消化器内科学分野）教授

【資格】
日本消化器病学会指導医、日本消化器内視鏡学会指導医、日本超音波医学会がん関物診断専門医、日本超音波医学会専門医、日本臨床腫瘍学会臨床登録医、日本臨地腫瘍学会指導医、日本内視鏡外科学会技術認定医

北川雄光 教授

【略歴】
昭和61年　慶應義塾大学医学部卒業
昭和61年　慶應義塾大学病院外科
平成1年　学外研修の後慶應義塾大学医学部助手
平成4年　川崎市立川崎病院外科
平成5年　カナダブリティッシュコロンビア大学留学
平成8年　川崎市立川崎病院外科副部長
平成9年　慶應義塾大学助手
平成17年　慶應義塾大学専任講師
平成19年　慶應義塾大学医学部外科学教授

【資格】
日本外科学会専門医、指導医、日本消化器外科学会専門医、指導医、Infection Control Doctor、日本消化器病学会専門医、日本臨地腫瘍学会臨床登録医、日本消化器内視鏡技術認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医